CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO MEDICO DE EMERGENCIA- Guarderías infantiles u hogares que proporcionan cuidado de niños

COMO PADRE/MADRE O REPRESENTANTE AUTORIZADO, DOY MI CONSENTIMIENTO PARA QUE

_____ OBTENGA EL TRATAMIENTO MEDICO O DENTAL DE EMERGENCIA
NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO

DEBIDAMENTE RECETADO POR UN DOCTOR CON LICENCIA (M.D.), OSTEOPATA (D.O.), O DENTISTA (D.D.S.) PARA

_____. SE PUEDE PROVEER ESTE CUIDADO BAJO CUALQUIER
NOMBRE

CONDICION QUE SEA NECESARIA PARA PRESERVAR LA VIDA, MIEMBROS DEL CUERPO, O EL BIENESTAR DEL NIÑO
MENCIONADO ANTERIORMENTE.

EL NIÑO TIENE ALERGIA A LOS SIGUIENTES MEDICAMENTOS:

_____ FECHA

_____ FIRMA DEL PADRE/MADRE O REPRESENTANTE AUTORIZADO

DOMICILIO

NUMERO DE TELEFONO EN LA CASA

()

NUMERO DE TELEFONO EN EL TRABAJO

()

LIC 627 (SP) (5/01) (CONFIDENTIAL)

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO MEDICO DE EMERGENCIA- Guarderías infantiles u hogares que proporcionan cuidado de niños

COMO PADRE/MADRE O REPRESENTANTE AUTORIZADO, DOY MI CONSENTIMIENTO PARA QUE

_____ OBTENGA EL TRATAMIENTO MEDICO O DENTAL DE EMERGENCIA
NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO

DEBIDAMENTE RECETADO POR UN DOCTOR CON LICENCIA (M.D.), OSTEOPATA (D.O.), O DENTISTA (D.D.S.) PARA

_____. SE PUEDE PROVEER ESTE CUIDADO BAJO CUALQUIER
NOMBRE

CONDICION QUE SEA NECESARIA PARA PRESERVAR LA VIDA, MIEMBROS DEL CUERPO, O EL BIENESTAR DEL NIÑO
MENCIONADO ANTERIORMENTE.

EL NIÑO TIENE ALERGIA A LOS SIGUIENTES MEDICAMENTOS:

_____ FECHA

_____ FIRMA DEL PADRE/MADRE O REPRESENTANTE AUTORIZADO

DOMICILIO

NUMERO DE TELEFONO EN LA CASA

()

NUMERO DE TELEFONO EN EL TRABAJO

()

LIC 627 (SP) (5/01) (CONFIDENTIAL)